

様式 39-内払

事業主 經由  
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

出産育児一時金 内払金 支給請求書

該当者 いずれかに○印	<input type="checkbox"/>	本人
	<input checked="" type="checkbox"/>	家族

被 保 者 記 入 欄	記号	番号	会社名	所属
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇〇(株)	電話番号 000-123-1234 〇〇部 〇〇課
	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名 ゆうちょ銀行不可	銀行コード	預金種別
		支店名	口座名義	普通 当座 貯蓄
		退職の方…記入して下さい 任意継続の方…記入不要 在職中の方…記入不要	口座番号	
	出産者氏名 (生年月日)	健保 花子 (昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生)	被保険者と 出産者との続柄	
	出生児氏名	健保 〇〇子		
	出産医療機関等 の名称	〇〇〇病院		
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
〒123-1234 被保険者住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇-〇〇				
被保険者氏名 健保 一郎 (健保) 電話番号 012-123-1234				
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。				備考欄

◎申請には医療機関から交付される次の書類(コピー可)の添付が必要です。  
・直接支払を利用していることの合意文書 ・出産費用についての明細書

記号・番号で申請の方は  
記入の必要はありません。

健 保 記 入 欄	出産者・資格取得年月日	年 月 日	出産者・資格喪失年月日	年 月 日	健保交付印
	備考		支払先		
			1. 個人 2. 任継 (上記以外は事業主)		